

Resumo: O objectivo da investigação é a análise das representações sociais dos drogados e dos consumos de drogas. Duas fases de estudos são realizados em bairros sociais e zonas residenciais da cidade do Porto, junto de consumidores de drogas, familiares de consumidores e não consumidores. Os resultados evidenciam um conjunto de crenças socialmente partilhadas que se relacionam com a evolução socio-histórica do fenómeno droga em Portugal. Contudo, por detrás de um aparente consenso, emergem diversas organizações representativas, condicionadas pelo contexto concreto de vida e pelo envolvimento diferenciado nos consumos de drogas. Algumas relações, entre os resultados e as decisões políticas e técnicas que nesta matéria se colocam com crescente acuidade, são evidenciadas.

Résumé: L'analyse des représentations sociales des drogués et de la consommation de drogues constitue l'objectif de la recherche. Celle-ci comprend deux phases d'études, déroulées en quartiers populaires et en zones résidentielles de la ville (Porto), auprès d'usagers de drogues, de familles d'usagers et non-usagers. Les résultats mettent en évidence des croyances qui gardent un rapport avec l'évolution contemporaine de la drogue au Portugal. Au delà d'un consensus apparent, émergent diverses organisations représentatives conditionées par les contextes concrets de vie et par l'engagement dans la consommation de drogues. Quelques relations entre les résultats et les décisions politiques et techniques qui sont prises dans ce domaine d'importance croissante sont mises en évidence.

Abstract: The purpose of the current research is to examine the social representations of drugs addicts and drug use. The two-phased studies were carried out in social housing areas and in residential areas of Oporto, with drug users, drug users' relatives and non-drug users. The findings of this research show that there is a number of socially shared beliefs, related with social-historical evolution of the drug phenomenon in Portugal. However, beyond an apparent consensus, several representative organisations emerge, which are conditioned by the concrete context of life and by distinct involvements in drug use. Some relationships are reported between these findings and the political and technical decisions that in this matter are of increasing importance.

Consumos de drogas: realidades e representações sociais⁽¹⁾

Jorge Quintas⁽²⁾

I - Introdução

O consumo de drogas é, na actualidade, em Portugal, à semelhança dos restantes países ocidentais, um tema social complexo, alvo privilegiado de curiosidade e preocupação dos cidadãos. De facto, as questões, directa ou indirectamente, relacionadas com o consumo de drogas adquiriram uma amplitude tal que, ultrapassando o domínio restrito de consumidores e especialistas, invadiram literalmente as conversas particulares de pais alarmados, famílias, jovens, educadores, políticos, líderes comunitários e, de um modo geral, todas as pessoas.

O tema da droga suscita, presentemente, discussões acaloradas que extravasam largamente a mera ingestão de substâncias psicotrópicas por determinadas pessoas e as eventuais dificuldades que estas possam experimentar na organização da sua vida particular. O consumo de drogas recobre, de facto, diversas interrogações importantes do ponto de vista político e de cidadania. Que fazer face ao crescente cepticismo relativamente aos resultados das políticas proibicionistas? Deve-se continuar a apostar no endurecimento do combate (mais repressão, mais tratamento, mais prevenção, mais reinserção social)? Deve-se procurar modelos alternativos de reacção ao fenómeno (liberalizar, descriminalizar, despenalizar, distribuir de forma controlada drogas)? Como lidar com a criminalidade conexas e os sentimentos de insegurança das populações? Como resolver os problemas suscitados pela proliferação de consumidores no sistema judicial e prisional? Que posição tomar face à eventual existência de testes de despiste de consumos para admissão em locais de trabalho? Como responder à organização de milícias populares de combate à droga? Como controlar a difusão da Sida e de outras doenças transmissíveis nos consumidores por via endovenosa? Como actuar face à propalada destruição dos valores e

regras de convivência social? Em suma, o consumo de drogas, mais do que uma questão meramente individual ou sanitária, adquiriu um campo simbólico vastíssimo que a coloca no centro das prioridades da gestão política da vida nas sociedades ocidentais.

A centralidade do tema no conjunto das questões sociais e as dúvidas que presentemente se colocam, nesta matéria, aos detentores do poder, a nível nacional e mundial, tornam pertinente a análise das representações sociais do consumo de drogas e dos seus utilizadores, constituindo-as como objecto de estudo. Considera-se que as crenças socialmente difundidas em relação às drogas se inscrevem no seio das determinações sociais, do que se convencionou chamar "o problema das drogas", mediadas pela actividade construtiva do sujeito sobre o conjunto de informações recebidas dos diversos canais comunicacionais. Neste sentido, a investigação serve-se do modelo teórico das representações sociais relevando a sua especificidade psicossocial que decorre da regulação socio-cognitiva do conhecimento, activada por uma dinâmica social complexa.

Trata-se de acrescentar, às abordagens tradicionais do consumo de drogas (médica, psicológica, sociológica, policial e jurídica), um enfoque psicossocial que se preocupa, essencialmente, com a forma como as pessoas se apropriam da amálgama de discursos produzidos sobre o fenómeno, em confronto com o conhecimento concreto e diferencial da sua realidade. Procura-se assim, empiricamente, dar conta do senso comum das drogas, isto é, apreender, simultaneamente, a forma como a sociedade cria e se organiza simbolicamente em torno de tal fenómeno (Martins, Totugui, Catunda e Espírito Santo, 1991), e a relação de diferentes vivências do fenómeno com a forma concreta de organização dessas representações sociais.

A investigação persegue, assim, um duplo objectivo: 1) constatar a forma como se objectivam as representações sociais do consumo das drogas e dos seus utilizadores; 2) referenciar a eventual diversidade destas representações a vivências particulares do fenómeno, apreender as dimensões de significação que estruturam as representações do consumo de drogas e dos drogados e verificar das suas comunalidades e diferenças, em função das afinidades dos grupos populacionais com os consumos, constituem as intenções do estudo.

O consumo de drogas como problema social

De um fenómeno praticamente desconhecido, o consumo de drogas ilegais adquiriu, nos últimas três décadas em Portugal, uma importância crescente na preocupação dos cidadãos, a ponto de ser concebido como um dos grandes problemas sociais da actualidade. De facto, se até ao início dos anos 70, a droga não constitui uma referência colectiva, nem um problema social (Fernandes, 1990), assistimos, em especial após o 25 de Abril de 1974, a uma marcada difusão do consumo de drogas leves (derivados de cannabis) fumadas, essencialmente, por jovens e por pessoas provenientes das ex-colónias portuguesas, habituadas a um uso socialmente integrado. Apesar dos consumos destas drogas não provocarem prejuízos visíveis na saúde e na gestão do quotidiano da generalidade dos seus utilizadores, situam-se nesse período histórico, os primeiros sinais de alerta da sociedade portuguesa, que motivaram a criação de dispositivos institucionais, com objectivos explícitos de combate às drogas⁽²⁾, e a instalação de uma verdadeira toxicoleitura da realidade⁽³⁾ (Agra, 1980) nas populações, especialmente, citadinas. Criado o alarme social e as respostas burocrático-repressivas face a um problema praticamente inexistente e com escassas implicações sociais, estabeleceram-se as condições prévias para a construção do fenómeno droga como problema social. A partir dos anos 80, os padrões de consumo foram sendo progressivamente modificados, com a implementação de um mercado de venda de heroína, que altera por completo o cenário das drogas (Fernandes, 1993). Este mercado estabelece-se, essencialmente, em locais já marcados por forte estigmatização social, na medida em que albergam populações com graves carências, aos quais se deslocam quotidianamente múltiplos consumidores em busca das suas doses diárias. À fase das abordagens relativamente claras em locais situados nas zonas nobres das cidades, sucede um afastamento para as margens, para as zonas "escuras", onde um negócio florescente, mas proibido e perseguido, encontra melhores condições de implantação. O consumo e a venda de drogas, difundidas diferencialmente no tecido urbano, com particular incidência para os bairros sociais⁽⁴⁾, passa a estar umbili-

calmente ligada à ideia de ambientes fechados, de degradação, de exclusão social, de zonas periféricas marginais. As drogas passam a levantar, também em Portugal, os seus dois problemas essenciais: o do seu consumo e o do acesso ilegal aos produtos, condicionado pelos preços super-inflacionados. De facto, para além das consequências directas dos consumos, o preço elevado da heroína e de outras drogas, entretanto introduzidas no mercado, especialmente a cocaína, estão na origem de toda uma série de comportamentos desviantes. A delapidação do património familiar, a pequena criminalidade destinada a obter meios de aquisição da droga⁽⁵⁾, a inserção dos consumidores nas cadeias mais baixas de tráfico e a prática da prostituição para angariar proventos para a dose diária, são todo um conjunto de efeitos secundários das drogas⁽⁶⁾, que se repercutem negativamente na opinião pública, pelas evidentes reacções emocionais que provocam. A droga funcionando como condensador simbólico, aparece, cada vez mais, como uma entidade mágica, de propriedades demoníacas, que infecta o corpo social, impu-tando-se a esta a origem de outras graves questões sociais, nomeadamente a insegurança urbana e a criminalidade, que passam a fazer parte integrante do problema. O poder político foi respondendo com medidas legislativas, nomeadamente com leis substantivas (DL 430/83, de 13 de Dezembro e DL 15/93, de 22 de Janeiro) que incrementam uma perspectiva clínica e ressocializadora relativamente ao consumo de drogas e de forte repressão relativamente ao tráfico, com a criação e reformulação de dispositivos institucionais especializados (o lançamento do Projecto Vida em 1987, dos Centros de Apoio a Toxicodependentes, em 1990, e do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência em 1994) e com o reforço dos meios disponíveis nas restantes instituições públicas intervenientes na área social e policial. À implantação definitiva da droga como um problema social, corresponde, assim, a continuidade e aperfeiçoamento de toda uma maquinaria de "combate", distribuída por diversas frentes de "ataque" (policial, terapêutico, preventivo), sempre reclamado pelas populações e sempre percebido como insuficiente e incapaz de conseguir de forma eficaz resolver o "problema". Reforços policiais, acções de prevenção junto dos jovens, unidades de tratamento, programas de reinserção social, são todo um con-

junto de estratégias postas em acção, numa lógica de crescimento das respostas oficiais e particulares que, dadas as dificuldades financeiras de efectivamente as pôr em prática, surgem mais rapidamente nos discursos do que ao nível pragmático.

Na década de 90, sobre clara influência de uma nova dimensão do problema, introduzida pelo aparecimento da Sida⁽⁷⁾, e face à falência explícita dos mecanismos repressivos e clínicos de combate à droga, tem-se vindo a acentuar uma crescente percepção da necessidade de se equacionarem novas respostas, que passam pela introdução de medidas que visam assegurar condições sanitárias do uso de drogas e o controle social dos consumidores. Estas perspectivas motivam, quer a implementação de programas de redução dos riscos⁽⁸⁾, quer a discussão pública de questões controversas, como a liberalização das drogas, pelo menos as consideradas leves, a sua descriminalização, o uso terapêutico e a eventual criação de locais de distribuição controlada de droga.

Reflectindo o cepticismo reinante ao nível internacional, o debate do proibicionismo extravasa os circuitos relativamente restritos dos especialistas⁽⁹⁾, sendo trazido para a opinião pública através de debates nos meios de comunicação social. Neste movimento, destaque-se, ainda, a criação de uma associação antiproibicionista (o SOMA) e a tomada de posição de políticos influentes, como são os casos, mais explícitos, do actual Presidente da Assembleia da República, Almeida Santos, que defendeu a liberalização de todas as drogas, do deputado e psiquiatra Eurico Figueiredo, que tornou pública a mesma posição, através de uma célebre metáfora comparativa de uma injeção de heroína a meia dúzia de cafés, do ex-ministro da Saúde, Paulo Mendo, que vem denunciando os efeitos perversos do proibicionismo, e de diversos outros membros importantes dos principais partidos políticos, especialmente ao nível das respectivas juventudes partidárias. Atento a esta evolução, o próprio Presidente da República, Jorge Sampaio, mostrou-se sempre receptivo à discussão aberta da questão da droga, incluindo as perspectivas não proibicionistas.

Por outro lado, em contraponto com a tendência para o alargamento do debate público da actuação estatal face às drogas, os últimos anos têm sido férteis em acontecimentos de violenta reacção popular ao consumo de drogas, assistindo-se à organização em diversos locais do país de "milícias

populares". A actuação destas milícias, perante a percepção da incapacidade de actuação eficaz dos aparelhos repressivos, nomeadamente das polícias, têm procurado erradicar dos seus locais de residência consumidores e traficantes de droga, percebidos como a fonte de todos os males sociais. Trata-se de uma nova dimensão que, mesclada de formas, mais ou menos, encobertas de racismo e xenofobia dirigidas, nomeadamente, a comunidades ciganas, tem vindo a multiplicar a atenção pública sobre a questão da droga, numa perspectiva que põe em causa a própria autoridade do estado.

Por fim, e talvez mais importante, ocorre uma mediatização crescente de todos os acontecimentos que se relacionem com o fenómeno droga. A droga torna-se notícia diária da generalidade dos meios de comunicação social. Diversos bairros (por exemplo o Casal Ventoso em Lisboa, o bairro da Sé no Porto), popularmente conhecidos como "hipermercados das drogas" tornam-se objecto de desejo e de curiosidade do cidadão comum que, incapaz de lá entrar, quer ver e ler sobre aquilo que por lá haverá⁽¹⁰⁾. Diversas personagens (ex)-toxicodependentes, polícias, terapeutas, responsáveis administrativos do "combate à droga", populares em reacção ao fenómeno tornam-se vedetas mediáticas, tudo o que disser respeito à droga parece capaz de vender jornais, de aumentar as audiências televisivas⁽¹¹⁾.

Em suma, a droga, nos seus múltiplos contornos, tornou-se alvo privilegiado das conversas particulares, muitas vezes a propósito das notícias diárias da comunicação social ou dos casos, mais ou menos dramáticos, conhecidos por cada cidadão, de querelas públicas entre os "especialistas" sobre a melhor forma de a "combater" e de tomadas de posição dos políticos que percebem claramente a necessidade de falar sobre droga, especialmente em períodos eleitorais, valendo-se da sua mais valia política (Manita, 1994). O consumo privado de drogas inscreve-se, de forma inequívoca, na cena pública.

II - Estudos Empíricos

Com o objectivo de examinar as representações sociais do consumo de droga e dos drogados realizou-se uma investigação junto de diversos grupos populacionais da cidade do Porto. Procura-se apreender, simultaneamente, as crenças comuns partilhadas pelos sujeitos e a forma

como se organizam as suas diferenças interindividuais por referência a realidades psicossociais específicas. Estas são definidas por duas variáveis, potencialmente capazes de condicionar a organização das representações sociais: o contexto concreto de vida, distinguindo moradores de bairros sociais e moradores de zonas residenciais⁽¹²⁾; e o envolvimento em consumos de drogas, distinguindo os consumidores de drogas, os não consumidores e os familiares de consumidores.

A investigação desenvolveu-se em duas fases: (A) *estudos preliminares*, com questões abertas relativas às: a) características dos drogados; b) causas do consumo de drogas; c) consequências do consumo; d) medidas a tomar face ao consumo de drogas; (B) *estudo principal*, utilizando um questionário constituído por itens apresentados sobre a forma de escalas de opinião, relativos aos temas dos inquéritos preliminares e das emoções sentidas face aos drogados.

A. Estudos preliminares

1. Método

a) Amostra

A amostra é constituída por 120 sujeitos (30 por questão), provenientes metade de bairros sociais e a outra metade de zonas residenciais do Porto, sendo 69 do sexo masculino e 51 do sexo feminino. A idade média é de 40 anos, variando entre os 16 e 82 anos.

b) Procedimento

Os sujeitos são contactados na rua na cidade do Porto, sendo convidados a participar num estudo sobre drogas. A sua tarefa consiste em responder, oralmente, a uma questão aberta relativa a um dos seguintes temas: a) características dos drogados; b) causas do consumo de drogas; c) consequências do consumo; d) medidas a tomar face ao consumo de drogas.

As respostas são tratadas segundo as regras de redução propostas por DiGiacomo (1981, cit. por Poeschl, 1992), agrupando-se as proposições de sentido similar, através do acordo de três juizes independentes.

2. Resultados

O *Quadro 1* apresenta para cada questão, as palavras ou

expressões fornecidas por, pelo menos, 10% dos sujeitos. Como se pode verificar, as características associadas ao consumidor de drogas com frequência mais elevada possuem um carácter socialmente negativo, sendo de destacar as características "ladrão" e "desleixado" referidas por 20% dos sujeitos. O elevado número de palavras associadas ao consumidor de drogas e a percentagem relativamente baixa das características mais citadas indicam que a percepção da figura do drogado possui múltiplas configurações. Contraria-se, assim, a existência de uma visão fortemente estereotipada do consumidor de drogas, expressa num número reduzido de traços comuns à generalidade dos sujeitos.

As causas do consumo de drogas mais referidas são os "problemas familiares" e a "influência de terceiros" indicados por 40% dos sujeitos. No entanto, os sujeitos identificam múltiplas causas do consumo de drogas que se estendem desde o nível estritamente individual até ao contexto social geral, que envolve os consumidores de drogas, passando pelas determinações de índole interpessoal.

Ao nível das consequências do consumo de drogas, destaca-se claramente o "crime", referido por 60% dos sujeitos, indiciando a forte associação entre a droga e a criminalidade no contexto social actual. Releve-se o carácter negativo das consequências identificadas, em detrimento de aspectos que possam ser considerados positivos dos consumos de drogas que nunca são referenciados.

Por fim, as medidas a tomar face ao consumo de drogas mais referidas pelos sujeitos são "combater o grande tráfico", "informar" e "dar penas mais pesadas". Em termos gerais, registre-se que entre as medidas mais citadas se encontram as que fazem apelo a intervenções de cariz repressivo e preventivo. A liberalização do consumo de drogas leves está, no entanto, também incluída no conjunto das formulações mais frequentes.

B. O estudo principal

1. Método

a) Amostra

A amostra é constituída por 169 sujeitos, 104 do sexo masculino e 65 do sexo feminino. A idade média é de 33 anos, variando entre 16 e 76 anos. Sendo intencional o método de amostragem, procurou-se encontrar, um número de sujeitos similar nos 6 grupos sociais, definidos

Quadro 1: Características dos drogados e causas, consequências e medidas a tomar face ao consumo

Características (119 palavras; 77 diferentes)		Causas (107 palavras, 51 diferentes)	
	%		%
Ladrão	20	Problemas familiares	40
Desleixado	20	Influência de terceiros	40
Fraco	13	Desemprego	20
Precisa de ajuda	13	Curiosidade	20
Viciado	13	Falta de amparo familiar	13
Tem problemas	10	Desgostos	13
Vive para a droga	10	Problemas pessoais	13
		Falta de dinheiro	10
		Falta de apoio à juventude	10
		Vontade de consumir	10
		Meios onde vivem	10
Consequências (126 palavras, 57 diferentes)		Medidas (85 palavras, 40 diferentes)	
	%		%
Crime	60	Combater o grande tráfico	27
Piores coisas possíveis	27	Informar	23
Morte	27	Dar penas mais pesadas	20
Problemas familiares	23	Prender os que passam droga	17
Dinheiro mal gasto	23	Liberalizar o consumo	
Degradação pessoal	20	de drogas leves	17
Doença	20	Estabelecer medidas	
Miséria	10	de prevenção	13
Desemprego	10	Criar empregos	13
Sida	10	Haver mais atenção	
		das polícias	10

pela intersecção das duas variáveis consideradas: contexto concreto de vida e envolvimento em consumos de drogas (*Quadro 2*).

b) Procedimento

Os sujeitos são convidados, individualmente, a responder a um questionário sobre drogas. O questionário, elaborado com base nos estudos preliminares, inclui as palavras enunciadas por, pelo menos, 10% dos sujeitos (*Quadro 1*) e outras proposições que alargassem a esfera de posições possíveis em cada um dos temas. Relativamente às emoções sentidas face aos drogados, prescindindo-se da realização de estudo preliminar, utiliza-se uma adaptação da escala de Echebarria Echabe, Guede, Guillen e Garate (1992).

As tendências gerais das respostas são analisadas com base na média e desvio-padrão de cada item e em análise

Quadro 2: Amostra

	Consumidores de drogas	Familiares de consumidores	Não consumidores	Total
Bairro social	28	27	29	84
Zona residencial	21	32	32	85
Total	49	59	61	169

ses factoriais em componentes principais efectuadas, separadamente, sobre cada domínio apresentado aos sujeitos. Em cada uma destas cinco análises, foi efectuada uma rotação ortogonal varimax, sendo retidos os factores com valor próprio superior a 1. As diferenças e comunalidades entre grupos de sujeitos são analisadas através de uma análise multidimensional (MDS) e de análises de variância, com base nos escores factoriais médios dos grupos.

2. Resultados

2.1. Tendências gerais e dimensões de significação

A figura do drogado

a) As características

A maior parte das características apresentadas merece a concordância dos sujeitos, sendo de destacar os itens "precisa de ajuda", "tem problemas" e "viciado" como os que maior acordo suscitam. Por outro lado, a ideia do sujeito consumidor viver com prazer é claramente a mais rejeitada, sendo também patente uma ligeira tendência de discordância relativamente ao item "ladrão"(13).

Como se pode observar no quadro 3, a análise factorial conserva três factores, responsáveis por 49,0% da variância total dos resultados, cuja composição remete para formas diferenciadas de apreensão da figura do drogado. Os itens fortemente saturados no primeiro factor, designado marginal, são relativos a uma representação do drogado como um indivíduo transgressor das normas sociais. Trata-se de um conjunto de características que têm em comum o facto de serem socialmente desvalorizadas e darem conta de um estilo de vida desviante do consumidor de drogas. Neste conjunto surgem itens que merecem um acordo relativamente elevado por parte dos sujeitos, nomeadamente "vive de modo diferente" e "vive para a droga" e outros mais próximos do meio da escala, que suscitam maior diversidade de opiniões, como é o caso de "agressivo", "fraco", "desleixado", para além do, já referido, item "ladrão".

O factor dois, bipolar, opõe atributos com grau de acordo mais elevado ao item mais rejeitado. Com efeito, o pólo positivo apresenta o consumidor de drogas como um indivíduo desprotegido e necessitado de cuidados, incluindo-se os itens com acordo mais elevado "precisa de ajuda" e "tem problemas" e os itens "doente" e "vítima" que suscitam opiniões mais diversas. Estes atributos são contrastados com o item "vive com prazer", correlacionado negativamente com esta dimensão. Assim, o factor tende a acentuar a visão clínica do consumidor de drogas, afastando a possibilidade deste sujeito viver com prazer, pelo que é designado enfermo.

O terceiro factor constituído por um único item, com uma média elevada, toma a sua designação: viciado.

b) As emoções

No que diz respeito às emoções suscitadas pelos drogados, a "tristeza" surge claramente como a emoção mais sentida. No entanto, verifica-se que, em termos gerais, são relatados níveis relativamente reduzidos de ressonância emocional, situando-se dois terços dos itens abaixo do meio da escala de quatro pontos.

O Quadro 4 apresenta a organização dos itens nos três factores conservados pela análise factorial, que explicam, no seu conjunto, 54,5% da variância. As emoções mais sentidas pelos sujeitos, congregam-se em dois factores distintos, em termos da qualidade dos itens que as compõem. Assim, o primeiro factor - emoções negativas - organiza-se com base em itens de tonalidade negativa que reflectem uma reacção emocional depressiva e de alguma impotência face aos drogados, nos quais, para além da "tristeza", se destacam pelas suas médias mais elevadas o "desgosto" e a "frustração", mantendo-se a "raiva", "vergonha" e "medo" em níveis mais reduzidos. O terceiro factor, por seu turno, inclui itens que remetem para uma resposta emocional de investimento, patente na "esperança" e no "interesse", pelo que é designado por emoções positivas.

O conjunto das emoções menos experienciadas pelos sujeitos, cuja associação decorre mais de uma tendência de negação do sentir das mesmas do que de uma significação de conjunto, surge no segundo factor. Assim, para além de emoções positivas como a "alegria" e o "orgulho" que têm níveis reduzidíssimos de resposta, surgem outras

Quadro 3: Características dos drogados

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SATURAÇÕES		
			FACT 1	FACT 2	FACT 3
Factor 1: Marginal (24,7%)	4.69	1.74			
DESLEIXADO	4.83	1.61	.76	-.07	.11
LADRÃO	3.71	1.91	.72	-.08	.00
VIVE DE MODO DIFERENTE	5.61	1.46	.69	.13	.07
FRACO	4.30	2.06	.63	.03	.25
VIVE PARA A DROGA	5.56	1.67	.57	.39	-.07
AGRESSIVO	4.11	1.75	.49	-.04	-.12
Factor 2: Enfermo (14,9%)	5.07	1.62			
TEM PROBLEMAS	6.26	1.37	.04	.71	-.03
DOENTE	5.41	2.03	.39	.58	-.32
VIVE COM PRAZER	2.72	1.75	-.13	-.58	-.25
PRECISA DE AJUDA	6.49	.96	-.15	.56	-.07
VÍTIMA	4.45	1.99	-.08	.55	.35
Factor 3: Viciado (9,3%)	6.17	1.37			
VICIADO	6.17	1.37	.12	.04	.86

(escala utilizada: de 1 = discordo totalmente a 7 = concordo totalmente)

emoções pouco sentidas, entre as quais se destacam pela sua importância a "culpa" e o "desprezo". Dado que estes itens têm tonalidades afectivas pouco consistentes, a dimensão foi designada de emoções ambivalentes.

O consumo de drogas

c) As causas

No *Quadro 5*, pode observar-se que a generalidade das

Quadro 4: Emoções sentidas face aos drogados

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SATURAÇÕES		
			FACT 1	FACT 2	FACT 3
Factor 1: Emoções negativas (29,5%)	2.50	1.09			
TRISTEZA	3.35	.87	.72	-.25	.19
DESGOSTO	2.92	1.07	.71	.04	.18
FRUSTRAÇÃO	2.56	1.18	.70	.28	.07
RAIVA	2.07	1.13	.61	.42	-.15
VERGONHA	2.04	1.18	.58	.34	.08
MEDO	2.08	1.10	.50	.26	.06
Factor 2: Emoções ambivalentes (14,6%)	1.67	.91			
ORGULHO	1.33	.74	.07	.69	.09
ALEGRIA	1.34	.65	-.46	.67	.13
CULPA	1.78	1.03	.22	.64	-.05
FASTIO	1.82	.93	.30	.64	-.22
DESPREZO	1.84	1.10	.45	.62	-.41
SURPRESA	1.91	.99	.21	.52	.35
Factor 3: Emoções positivas (10,4%)	2.49	.98			
ESPERANÇA	2.73	.94	.13	.07	.80
INTERESSE	2.24	1.02	.12	-.06	.71

(escala utilizada: de 1 = nada a 4 = muito)

causas recebem uma tendência moderada de concordância. Este resultado parece indicar que os sujeitos percebem que o consumo de drogas tem uma multiplicidade de determinações que cada uma das explicações reducionistas, patente em cada item, não poderá explicar por si. Os 4 primeiros factores da análise factorial, responsáveis por 64,5% da variância, são conservados. O primeiro factor é suportado em itens que atribuem causas sociais e económicas ao consumo de drogas. Trata-se de um conjunto de explicações que se centram em questões e contextos socio-económicos percebidos como propiciadores dos consumos, nomeadamente ao nível do "desemprego", "falta de dinheiro", mas também dos "meios onde vivem" e, de forma mais geral, de "falta de apoio à juventude".

Os dois factores seguintes remetem as origens dos consumos para a esfera interpessoal, centrando-se o segundo factor em itens relacionados com problemas dos consumidores e das suas famílias - causas pessoais e familiares, e o terceiro em itens, com médias mais elevadas e menor desvio padrão, relacionados com causas relacionais e experienciais, expressas na "influência de terceiros" e na "curiosidade".

O quarto factor, centrado em dimensões puramente individuais, agrupa os itens relacionados com aspectos volitivos e

corporais de causalidade atribuída ao consumo de drogas, expressos na "vontade de consumir" e no "vício do corpo".

d) As consequências

Regista-se, em termos gerais, uma tendência de concordância generalizada relativamente aos itens apresentados, com excepção do item "prazer".

O *quadro 6*, mostra que na análise factorial foram conservados três factores responsáveis por 56,9% da variância total dos resultados. Os dois primeiros factores congregam um conjunto de consequências desagradáveis do consumo de drogas, sendo, no entanto, possível verificar uma gradação diferenciada nos itens que os compõem. Assim, o primeiro factor, congrega itens que dão conta de consequências negativas do consumo, expressas, ao nível social, no "dinheiro mal gasto", no "desemprego" e, ao nível pessoal, na "doença", na "degradação pessoal" e na negação do "prazer". O segundo factor, por seu turno, agrupa os itens de cariz marcadamente disruptivo, nomeadamente a "Sida", a "miséria", o "crime"⁽¹⁴⁾, a expressão "piores coisas possíveis" e mesmo a "morte", indicando uma visão catastrófica das consequências do consumo de drogas.

O item "esquecer os problemas" e, também, de algum modo, o item "prazer" (tratando-se de um item complexo

Quadro 5: Causas do consumo de drogas

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SATURAÇÕES			
			FACT 1	FACT 2	FACT 3	FACT 4
Factor 1: Causas sociais e económicas (31,3%)	4.44	1.82				
DESEMPREGO	4.17	1.87	.82	.08	.09	.14
FALTA APOIO À JUVENTUDE	5.06	1.59	.76	.09	.08	.04
FALTA DE DINHEIRO	3.44	2.04	.69	.21	-.15	.18
MEIOS ONDE VIVEM	5.08	1.79	.53	.25	.30	.01
Factor 2: Causas pessoais e familiares (12,7%)	4.76	1.69				
PROBLEMAS FAMILIARES	4.79	1.70	.37	.82	.00	-.01
PROBLEMAS PESSOAIS	5.10	1.50	.00	.73	.17	.20
FALTA DE AMPARO FAMILIAR	4.36	1.92	.07	.71	.02	-.14
DESGOSTOS	4.80	1.64	.46	.66	.15	.08
Factor 3: Causas relacionais e experienciais (11,2%)	5.55	1.36				
CURIOSIDADE	5.57	1.25	-.08	.07	.86	.11
INFLUÊNCIA DE TERCEIROS	5.52	1.46	.26	.11	.76	-.06
Factor 4: Causas volitivas e corporais (9,3%)	4.86	1.85				
VONTADE DE CONSUMIR	5.02	1.80	.06	.05	-.05	.84
VÍCIO DO CORPO	4.70	1.90	.20	-.02	.11	.78

(escala utilizada: de 1 = discordo totalmente a 7 = concordo totalmente)

que se correlaciona negativamente com o primeiro factor e positivamente com o terceiro), constituem o terceiro factor, designado consequências positivas, uma vez que dá conta de aspectos que podem ser considerados benéficos do consumo. Embora sejam estes itens os que menos merecem a concordância dos sujeitos, destaque-se a diversidade de opiniões que suscitam quando, ao nível do estudo preliminar, não ocorre qualquer referência a consequências positivas do consumo.

e) As medidas a tomar

São retidos na análise das medidas a tomar face ao consumo de drogas, novamente, três factores, responsáveis por 53% da variância total dos resultados. Estes factores, apresentados no *Quadro 7*, remetem para posições dos sujeitos claramente definidas.

O primeiro factor agrupa itens, com médias menos elevadas, que suportam uma *posição liberal e de redução dos riscos do consumo*. Se "ajudar os consumidores" e "distribuir seringas" merece dos sujeitos uma apreciação de concordância assinalável, os itens "criar locais de distribuição controlada de drogas" e "liberalizar o consumo de drogas leves", situados próximos do meio da escala, suscitam grande diversidade de opiniões, indicando que

a adopção destas medidas, que têm vindo a ser reclamadas por alguns sectores da sociedade, é extremamente controversa e polémica.

Os dois factores seguintes agrupam itens de médias elevadas que propõe medidas de carácter preventivo, nas vertentes informativa, educativa e social (segundo factor) ou de cariz marcadamente repressivo que visam, essencialmente, o controle da oferta de drogas pela actuação das polícias e do sector da justiça (terceiro factor). Sinalize-se, no entanto, que, neste último factor, o item "dar penas mais pesadas" merece um acordo menos extremado e apresenta um elevado desvio padrão, indicando como mais controversa a percepção da eficácia da aplicação de penalidades para fazer face aos consumos de drogas. De qualquer modo, em termos gerais, quer as medidas preventivas quer as repressivas suscitam acordo quase unânime por parte dos sujeitos.

2.2. Grupos sociais e organização das representações

Procura-se verificar se as dimensões resultantes das análises factoriais, realizadas em cada domínio da representação, são valorizadas de igual modo pelo conjunto da população ou se, no caso contrário, os sujeitos de cada

Quadro 6: Consequências do consumo de drogas

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SATURAÇÕES		
			FACT 1	FACT 2	FACT 3
Factor 1: Consequências negativas (36,5%)	5.61	1.39			
DINHEIRO MAL GASTO	6.38	1.31	.86	.07	.09
DOENÇA	6.07	1.38	.78	.30	.09
DESEMPREGO	5.85	1.22	.64	.28	.30
DEGRADAÇÃO PESSOAL	6.17	1.12	.51	.35	-.23
PRAZER	3.60	1.92	-.49	.01	.46
Factor 2: Consequências catastróficas (11,3%)	5.74	1.45			
SIDA	5.80	1.47	.23	.69	-.00
PIORES COISAS POSSÍVEIS	5.88	1.34	.45	.68	-.07
MISÉRIA	6.01	1.38	.24	.65	.26
PROBLEMAS FAMILIARES	5.73	1.46	-.09	.64	.31
CRIME	5.15	1.58	.12	.60	-.11
MORTE	5.84	1.48	.49	.58	-.21
Factor 3: Consequências positivas (9,1%)	4.59	2.06			
ESQUECER OS PROBLEMAS	4.59	2.06	.17	.02	.78

(escala utilizada: de 1 = discordo totalmente a 7 = concordo totalmente)

grupo social, caracterizados por diferentes experiências do fenómeno droga, diferem na importância que lhes atribuem. Num primeiro momento, efectuou-se uma análise multidimensional com vista a avaliar a proximidade entre grupos. A MDS coloca os grupos em duas dimensões, sendo o ajustamento do modelo satisfatório (stress = 0.09) e a proporção da variância explicada muito elevada (RSQ = 0,96). A projecção das coordenadas dos grupos sobre as dimensões da MDS permite apreender a sua colocação (Figura 1).

Como se pode observar na Figura 1, a colocação dos grupos no espaço permite distinguir, claramente, os consumidores de bairros sociais, os consumidores de zonas residenciais e os familiares de consumidores dessas mesmas zonas.

Os restantes três grupos estão muito próximos, indicando a similaridade das suas representações. Assim, relativamente aos dois grupos de pessoas não consumidoras, os contextos diferenciados em que vivem não interferem de forma considerável na forma como percebem os drogados e o consumo de drogas. De facto, no caso das pessoas mais afastadas dos consumos do ponto de vista pessoal, esta parece ser uma circunstância suficiente para que o grau diferenciado de proximidade quotidiana

ao consumo de drogas, não implique uma organização representativa distinta. A posição dos familiares de consumidores de bairros sociais junto dos grupos anteriores, mostra que, para esses sujeitos, a implicação de um familiar nos consumos de drogas não exerce influência considerável na organização da sua representação social. Este resultado, possivelmente, resulta de um impacto menos significativo dos consumos na gestão do quotidiano das pessoas deste grupo. Num bairro social, ter um familiar consumidor de drogas, será mais "normal" e menos constrangedor, pelo que a representação social dos drogados e dos consumos não será modificada em função dessa circunstância.

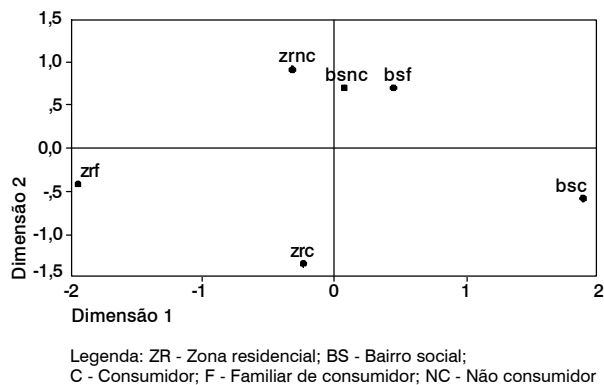
Partindo da posição relativa dos grupos, procura-se, num segundo momento, através de análises de variância, verificar que dimensões da representação contribuem para a sua diferenciação. Uma vez que, como constatamos, os sujeitos não consumidores e os familiares de consumidores de bairros sociais têm resultados similares, estes grupos são analisados conjuntamente. O Quadro 8 apresenta os escores factoriais médios dos grupos, para cada dimensão, assim como os resultados das análises de variância, indicando com diferentes letras as médias que diferem entre si, segundo o teste de Duncan.

Quadro 7: Medidas a tomar face ao consumo de drogas

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SATURAÇÕES		
			FACT 1	FACT 2	FACT 3
Factor 1: Medidas liberais e de redução dos riscos do consumo (20,6%)	4.83	2.05			
LIBERALIZAR DROGAS LEVES	4.04	2.35	.80	.06	-.12
DISTRIB. CONTROLADA DROGA	3.96	2.35	.79	.06	-.16
DISTRIBUIR SERINGAS	5.41	1.90	.64	.15	-.03
AJUDAR OS CONSUMIDORES	5.91	1.60	.51	-.06	.16
Factor 2: Medidas preventivas (20,3%)	6.54	.86			
INFORMAR	6.62	.78	.06	.86	.00
EDUCAR NAS ESCOLAS	6.63	.80	.03	.83	.02
CRIAR EMPREGOS	6.34	1.05	.31	.58	.05
MEDIDAS DE PREVENÇÃO	6.57	.82	-.13	.52	.25
Factor 3: Medidas repressivas (12,2%)	6.05	1.32			
MAIS ATENÇÃO DA POLÍCIA	6.07	1.24	-.03	.09	.77
DAR PENAS MAIS PESADAS	5.13	2.08	-.04	.10	.75
PRENDER PASSADORES	6.25	1.24	-.30	.07	.67
COMBATER GRANDE TRÁFICO	6.73	.73	.16	.00	.60

(escala utilizada: de 1 = discordo totalmente a 7 = concordo totalmente)

Figura 1: Dimensão 1 e 2 da MDS



O exame do *Quadro 8* revela que a dimensão enfermo e as emoções negativas sentidas face à figura do drogado, bem como a atribuição de causas relacionais e experienciais e a apreensão de consequências negativas dos consumos de drogas, não apresentam qualquer diferença significativa, indicando a sua extensão relativamente uniforme pelos diferentes grupos.

Analisando a diferente organização da representação dos vários grupos sociais, constata-se que as pessoas não consumidoras de ambos os contextos e os familiares de consumidores de bairros sociais, tomados conjuntamente, percebem o drogado, essencialmente, como um viciado e tendem a referir menos emoções positivas de investimento. Para estes sujeitos, o consumo de drogas deriva predominantemente de problemáticas pessoais e familiares, ao mesmo tempo que acentuam uma percepção catastrófica das consequências do consumo em detrimento de qualquer efeito positivo. Em relação às medidas a tomar, relevam as intervenções de carácter repressivo, dando menor importância à utilização de estratégias preventivas. Refira-se, ainda, a sua posição intermédia no conjunto dos grupos sociais relativamente à dimensão liberal e de redução dos riscos de consumo.

Os consumidores de drogas possuem representações diferentes consoante o meio em que vivem, embora com diversos elementos em comum. Assim, os moradores em bairros sociais, acentuando fortemente as emoções ambivalentes e positivas, caracterizam-se por menos considerarem que o drogado é um indivíduo com um estilo de vida marginal. A atribuição de causalidade destes consumidores releva, quer as condições socio-económicas que

envolvem o consumo de drogas, quer a dimensão puramente individual, sinalizando uma visão mais determinista do peso da substância e do corpóreo nos consumos de drogas. Relativamente às consequências das drogas, minimizam de forma marcada uma visão catastrófica, tendendo a salientar aspectos positivos dos consumos. Ao nível das medidas a tomar face ao consumo de drogas, este grupo surge claramente como o que mais adere a uma posição de concordância com a adopção de medidas liberais e de redução dos riscos do consumo e, em menor grau, preventivas, estando menos interessados na utilização de estratégias repressivas.

Os consumidores de zonas residenciais, por seu turno, consideram o consumidor de drogas como alguém que estabelece um estilo de vida marginal em relação aos padrões sociais normativos e referem-no menos como um viciado. Em termos emocionais, apesar de eles próprios serem consumidores, a figura do drogado merece-lhes menos referências positivas. Relativamente às causas do consumo tendem, de forma ainda mais acentuada do que os consumidores de bairro social, a relevar a importância do imperativo incontrolável do corpo e, em menor grau, a dimensão pessoal e familiar, minimizando a possibilidade de questões sociais e económicas serem determinantes nos consumos de drogas. As consequências positivas das drogas são fortemente assinaladas por este grupo que, ao nível das medidas, se caracteriza por menos considerar pertinente a adopção de medidas repressivas para fazer face aos consumos de drogas.

Por fim, os familiares de consumidores de zonas residenciais, à semelhança do grupo anterior, tendem a acentuar de forma clara a dimensão marginal do consumidor, em vez de o considerar como um viciado. Em termos emocionais, apresentando reduzidos níveis de ambivalência, caracterizam-se pelo relevo que dão às emoções positivas, denotando uma postura de investimento e de expectativa positiva em relação ao futuro. Em termos de atribuição de causalidade, este grupo tende a minimizar a possibilidade de serem os problemas do consumidor e da sua família a motivar os consumos. Ao nível das consequências dos consumos, possuem níveis de escores factoriais elevados, quer nas de cariz catastrófico, quer nas positivas, num esforço de atenção aos benefícios relativos dos consumos que possam justificar a opção do seu familiar. Relativa-

Quadro 8: Análises de variância e escores factoriais por grupos de sujeitos.

Características	A	BSC	ZRC	ZRF	F (3, 160)	p
Marginal	-.13cb	-.46c	.34ab	.52a	6.69	.001
Enfermo	-.14	.06	.24	.18	1.36	.257
Viciado	.23a	.05ab	-.37b	-.43b	4.70	.004
Emoções	A	BSC	ZRC	ZRF	F (3, 131)	p
Negativas	-.10	-.20	.02	.45	2.23	.088
Ambivalentes	-.02b	.70a	-.10b	-.43b	5.12	.002
Positivas	-.18b	.51a	-.36b	.38a	4.63	.004
Causas	A	BSC	ZRC	ZRF	F (3, 159)	p
Sociais e económicas	.09a	.27a	-.53b	-.16ab	3.02	.032
Pessoais e familiares	.18a	-.07ab	.12a	-.49b	3.84	.011
Relacionais e experienciais	-.17	.11	-.01	.37	2.39	.071
Volitivas e corporais	-.14b	.31a	.46a	-.14b	3.10	.028
Consequências	A	BSC	ZRC	ZRF	F (3, 155)	p
Negativas	-.05	-.01	-.13	.25	.82	.478
Catastrófica	.11a	-.51b	-.06ab	.20a	3.33	.021
Positivas	-.30b	.21a	.50a	.31a	6.28	.001
Medidas	A	BSC	ZRC	ZRF	F (3, 160)	p
Liberais e redução dos riscos do consumo	-.07b	.94a	.12b	-.78c	19.19	.000
Preventivas	-.19b	.25ab	-.03ab	.32a	2.69	.048
Repressivas	.18a	-.30bc	-.65c	.13ab	4.61	.004

Legenda: BS = Bairro social; ZR = Zona residencial; F = Familiar de consumidor; C = Consumidor
A = Não consumidor de zona residencial ou bairro social + Familiar de consumidor de bairro social

mente às medidas acentuam as dimensões preventivas e repressivas, opondo-se de forma clara às medidas liberalizadoras e de redução dos riscos do consumo.

III - Conclusão

A abordagem psicossocial implementada nesta investigação permite evidenciar um conjunto de crenças socialmente partilhadas, em relação aos drogados e ao consumo de drogas que se inscrevem no seio das determinações sociais do "problema das drogas". Contudo, por detrás de um aparente consenso sobre o carácter negativo das drogas e dos seus utilizadores, emergem representações sociais diversas e plurais. O impacto da evolução contemporânea do fenómeno droga, no pensamento dos cidadãos é, assim, mediado pela actividade construtiva de cada indivíduo sobre o conjunto de informações recebidas, através de vários canais comunicacionais e sobre vivências particulares das drogas, resultantes, quer do contexto concreto de vida, quer do envolvimento diferenciado nos consumos de drogas.

A diversidade das representações destaca-se, desde logo, na forma como os drogados são percebidos. A heterogeneidade das características atribuídas é estruturada em três dimensões: 1) os drogados são indivíduos com um estilo de vida marginal em relação aos padrões sociais normativos, sendo esta perspectiva acentuada por consumidores e familiares de consumidores de zonas residenciais e minimizada pelos consumidores de bairros sociais; 2) os drogados são enfermos, sendo esta visão clínica uniformemente distribuída pelos grupos sociais; 3) os drogados são viciados, sendo esta perspectiva realçada pelas pessoas não consumidoras. Do ponto de vista afectivo, as emoções de tonalidade negativa são preponderantes e comuns aos diversos grupos sociais. No entanto, encontram-se, ainda, um conjunto de emoções de investimento e de expectativa positiva face ao futuro que estão, especialmente, presentes nos familiares de consumidores de zonas residenciais e nos consumidores dos bairros sociais. O consumo de drogas suscita, de igual modo, represen-

tações sociais diversas que servem propósitos de preservação da identidade pessoal e social. As atribuições causais para o consumo de drogas são múltiplas. Se as causas relacionais e experienciais não suscitam diferenças significativas entre os grupos, a atribuição de causas de cariz volitivo e corporal é sinalizada, essencialmente, pelos sujeitos consumidores de drogas. Contudo, os consumidores divergem ao nível das atribuições de cariz socio-económico, relevadas pelos consumidores de bairro social e minimizadas pelos de zonas residenciais. Uma última dimensão de causalidade, alicerçada em atribuições de carácter pessoal e familiar é dominante nos não consumidores, mas claramente refutada pelos familiares de consumidores de zonas residenciais.

As consequências negativas do consumo são sinalizadas pelos diferentes grupos sociais, embora os não consumidores destaquem as consequências mais disruptivas a nível pessoal e social. A percepção de consequências positivas do consumo embora mereça, em termos gerais, menos concordância e maior diversidade de posições, é posta em relevo, especialmente, pelos grupos de consumidores e pelos familiares de consumidores de zonas residenciais.

Por fim, em relação às medidas a tomar face aos consumos de drogas, as estratégias repressivas e preventivas são formas de actuação, fortemente, aceites pela generalidade dos sujeitos. Muito mais controversa é a utilização de medidas de redução dos riscos dos consumos e de liberalização das drogas. A ancoragem social das posições dos sujeitos é, nesta matéria, particularmente, elucidativa, encontrando-se uma ampla divergência entre os consumidores de bairro social, receptivos à adopção destas medidas, e os familiares de consumidores, contrários à sua adopção. Não sendo objectivo específico deste estudo fazer qualquer tipo de sondagem relativamente às controversas questões que emergem nesta dimensão, estes resultados permitem assinalar que estas são questões em aberto na sociedade portuguesa, num ambiente, até ao momento, amplamente dominado pelo paradigma da abstinência e pelo proibicionismo.

Numa perspectiva que tenha em atenção as diferentes posições dos cidadãos para sustentar as decisões políticas e técnicas que se colocam com crescente acuidade em matéria de drogas, a análise dos resultados, relativos às medidas

a tomar face ao consumo de drogas, indicam que a continuidade da aposta na prevenção e na repressão continua a ser extremamente popular. Apesar disso, é possível encontrar, também, alguma receptividade relativamente à possibilidade de implantação de modelos alternativos. A abstinência já não é o único fim do combate à droga. O debate público, já aberto, está aí para continuar. Talvez em breve a implantação de uma política mais racional e com menos custos para os direitos humanos e liberdade dos cidadãos possa ser equacionada, ultrapassando-se o facilitismo do "sempre mais" proibicionista e, talvez, esta opção possa ter claros ganhos políticos. Estaremos, então, em condições para estabelecer as bases de uma política educativa séria e uma intervenção sanitária eficaz em relação a um fenómeno que, como diz Fernandes (1995), muito nos tem a ensinar sobre o modo como temos gerido o nosso destino colectivo. ■

Jorge Quintas

Investigador no Observatório Permanente de Segurança do Porto e docente no curso de Psicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.

*R. Alcaide Faria
4100 Porto*

Notas

(1) O artigo é uma síntese de uma investigação realizada em 1997, no âmbito de um Mestrado em Psicologia na FPCE-UP, sobre orientação da Prof^a Doutora Gabrielle Poeschl. As representações sociais analisadas não podem, obviamente, ter em conta evoluções recentes no campo das drogas, dos quais destaco o processo de elaboração da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1999), a aposta crescente na redução dos riscos e a disseminação dos consumos de drogas sintéticas.

(2) As primeiras estruturas oficiais com o objectivo explícito de combate à droga, são estabelecidas, no final de 1975, pelo DL 745/75, de 31 de Dezembro, que cria o Centro de Estudos da Juventude (pressupondo a droga como um problema de jovens) e o Centro de Investigação Judiciária da Droga. Estas estruturas são reformuladas, já em 1976, pelos DL 790/76, 791/76 e 792/76, de 5 de Novembro, que criam, respectivamente, o Gabinete Coordenador de Combate à Droga (GCCD), o Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD) e o Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD). O primeiro assume funções de coordenação e integração, enquanto o CICD se orienta para a prevenção e repressão da oferta e o CEPD para a prevenção, tratamento e recuperação de toxicodependentes.

(3) Com este conceito, o autor refere-se à instalação de uma autêntica histeria colectiva que vê a droga por todo o lado, deduzindo possíveis contactos com drogas, a partir do menor signo suspeito no corpo dos jovens (cabelos compridos, roupas sujas, olhos brilhantes, etc).

(4) Sendo certo que o consumo de drogas ocorre noutros contextos sociais bem distintos, a visibilidade social destes mercados assume uma importância crescente na imagem pública das drogas.

(5) A largam-se, assim, as consequências dos consumos à generalidade dos cidadãos, sobretudo das zonas urbanas, na medida em que é precisamente esta pequena criminalidade que mais aflige a segurança e os direitos de propriedade de cada um.

(6) Baratta (1990) distingue duas categorias de efeitos das drogas: os primários, decorrentes das características farmacológicas das drogas, incluindo-se aqui aspectos negativos, como os prejuízos para a saúde do indivíduo e os riscos de dependência, e positivos, como o prazer e as propriedades curativas, estando estes dependentes da natureza da substância, das condições em que chega ao consumidor e do contexto social em que o consumo se efectua; e os efeitos secundários das substâncias proibidas, decorrentes da sua criminalização e que, na sua opinião, serão sempre negativos, tendo fortes custos para os indivíduos, para o sistema da justiça e assistencial e, de modo geral, para toda a sociedade.

(7) Sendo considerados um grupo de risco, é bem verdade que os consumidores de drogas o são, não pelo simples facto de consumirem drogas, mas por o fazerem, por via endovenosa, em condições precárias a que não estará alheio o contexto criminalizador em que o fenómeno se inscreve.

(8) O primeiro passo significativo da implementação desta lógica de actuação foi o lançamento do programa de distribuição de seringas gratuitas nas farmácias (a célebre campanha "Diz não a uma seringa em segunda mão" iniciada, em Outubro de 1993, pela Associação Nacional de Farmácias em colaboração com a Comissão Nacional de Luta contra a Sida). Posteriormente, surgiram diversos projectos-piloto de apoio quotidiano a toxicodependentes, especialmente em zonas urbanas degradadas, dos quais os mais conhecidos são os do Casal Ventoso em Lisboa e os do Contrato de Cidade do Porto.

(9) Só para citar alguns dos mais conhecidos críticos do proibicionismo, refira-se o posicionamento público do psiquiatra Alfredo Frade, de vários membros do Centro de Comportamento Desviante da Universidade do Porto, dirigido por Cândido da Agra, do jurista Figueiredo Dias ou do economista Pedro Arroja.

(10) Fernandes (1995) refere o efeito mediático sobre "os sítios das drogas", decorrente da insistência discursiva da comunicação social "que erige em espectáculo os lugares onde se desenvolve o comércio de heroína." (pg. 78).

(11) O aparecimento das estações privadas de televisão, no início dos anos 90, pela cobertura intensiva de acontecimentos relativamente localizados de reacção popular ao fenómeno, provocaram que cada pequeno lugar ou bairro em que eventos relacionados com drogas ocorram, se torne de imediato notícia nacional, com cidadãos comuns a terem um tempo de antena para gritarem as suas posições. Esta democratização da fala sobre a droga estende-se aos programas "do coração", onde as pessoas têm oportunidade de fazer públicas as suas desgraças pessoais.

(12) Trata-se de escolher bairros sociais onde há manifestações visíveis quotidianas de comércio e consumo de drogas e comparar as representações sociais dos seus moradores com as de moradores noutras zonas da cidade do Porto.

(13) Tratando-se de um dos itens mais citados no correspondente inquérito preliminar, poder-se-á deduzir que a associação dos consumidores de drogas com a criminalidade é complexa, isto é, os sujeitos tendem a equacionar esta associação embora nem sempre percebam o drogado como agente de crimes.

(14) Registe-se que o crime, sendo de longe a consequência mais evocada espontaneamente pelos sujeitos no inquérito preliminar, obtém um acordo apenas moderado da generalidade dos sujeitos, dando nova indicação da complexidade da relação droga-crime no seu pensamento.

Bibliografia

Agra, C. (1980). *Déviance Juvenile et Toxicomanie. Approches Épistemologique et Historico-politiques*. Louvain: U.C.L.

Baratta, A. (1990). Une Politique Rationnelle des Drogues? Dimensions Sociologiques du Prohibitionisme Actuel. *Déviance et Société*, Vol. 14, nº 2, 179-196.

Echebarria Echabe, A., Guede, E., Guillen, C. e Garate, J. (1992). Social Representation of Drugs, Causal Judgement and Social Perception. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 22, 73-84.

Fernandes, L. (1990) *Os Pós Modernos, a Cidade, o Sector Juvenil e as Drogas*. Porto: Universidade do Porto.

Fernandes, L. (1993) Territórios Psicotrópicos. C. Agra (Ed.) *Dizer as Drogas, Ouvir as Drogas*. Porto: Radicário.

Fernandes, L. (1995) O Sítio das drogas: Etnografia Urbana dos territórios Psicotrópicos. *Toxicodependências*, nº 2, 22-32.

Manita, C. (1994). O Quadro Actual: Proibição versus Liberalização - Das Interrogações do Fenómeno Droga.... *Encontro Nacional Liberalizar as Drogas: Sim ou Não?* Porto: Fundação da Juventude.

Martins, F., Totogui, M., Catunha, C. e Espírito Santo, L. (1991). A Representação da Droga em Brasília: o Produto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 7, nº 1, 47-58.

Poeschl, G. (1992). *L'Intelligence: un Concept à la Recherche d'un Sens*. Genève: Thèse de Doctorat de L'Université de Genève.